

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2896

Vragen van de leden **Bruins Slot** (CDA) en **Knops** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de mogelijke sluiting van de Spoedeisende Hulp in Weert* (ingezonden 10 juli 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 4 september 2014). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 2558.

Vraag 1

Kent u het bericht dat er inmiddels 22.000 handtekeningen verzameld zijn voor het behoud van de eerste hulp van het Sint Jans Gasthuis (SJG) in Weert?¹ Kunt u toelichten wat de stand van zaken rond deze specifieke spoedeisende hulp is?

Antwoord 1

Ja.

In het begin 2013 gepubliceerde rapport «Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg» is door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een landelijk kader van criteria voor de herinrichting van de spoedeisende zorg opgesteld. In dit kwaliteitskader staat voor meerdere complexe acute aandoeningen wat de kwaliteits- en volumecriteria zouden moeten zijn om de kwaliteit te kunnen garanderen. Op basis van deze criteria zijn scenario's ontwikkeld en is een inventarisatie gemaakt toegespitst op de specifieke situatie per regio.

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft zorgverzekeraars er inmiddels op gewezen dat hun plannen voor gezamenlijke inkoop van deze spoedeisende zorg nog onvoldoende onderbouwd zijn om dit gezamenlijk optrekken op dit moment toe te staan. Op basis hiervan heeft ZN op 16 juli laten weten het gezamenlijke traject rond complexe spoedeisende zorg op dit moment niet door te zetten. Er is op dit moment dus geen sprake meer van een gezamenlijk traject van de zorgverzekeraars om genoemde zorg niet meer in te kopen bij het St. Jans Gasthuis. Het is nu aan iedere zorgverzekeraar afzonderlijk om hier het eigen inkoopbeleid op te formuleren. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is een individuele verantwoordelijkheid, waarbij de zorgverzekeraar moet voldoen aan de zorgplicht jegens zijn verzekerden.

¹ <http://www.l1.nl/nieuws/260743-massale-steun-behoud-eerste-hulp-weert>

Vraag 2

Klopt het dat het uiteindelijke doel van de regioplannen betere kwaliteit van de spoedeisende zorg voor de burger is? Hoe wordt bepaald en getoetst dat de spoedeisende zorg voor de burger daadwerkelijk beter wordt met het regioplan?

Antwoord 2

Het doel van de regioplannen van zorgverzekeraars is naast een betere kwaliteit van de spoedeisende zorg voor de burger ook een doelmatiger inrichting van de acute zorg. Dit gebeurt aan de hand van de eerder genoemde Kwaliteitsvisie waarin een landelijk kader van criteria voor de herinrichting van de spoedeisende zorg is neergelegd. Er zijn scenario's opgesteld toegespitst op de specifieke situatie van de betreffende regio. Deze regiovisies zijn in samenwerking met de regionale zorgaanbieders opgesteld. Het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) speelt een belangrijke rol. Dit proces moest er toe leiden dat de spoedeisende zorg voor de burger/patiënt daadwerkelijk verbetert. De ACM heeft inmiddels zorgverzekeraars opgeroepen hun plannen met onafhankelijke kwaliteitsstandaarden te onderbouwen.

Vraag 3

Ben u ervan op de hoogte dat het SJG op de kwaliteitscriteria ten aanzien van de zes functies die op basis van de (concept)regio plannen mogelijk geschrapt worden, gemiddeld of hoger scoort dan landelijk (op basis van de normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en wetenschappelijke instituten)? Bent u er tevens van op de hoogte dat het SJG deze zes functies tegen marktconforme tarieven kan bieden? Hoe kijkt u er tegenaan dat Zorgverzekeraars Nederland het aantal behandelingen ten aanzien van deze zes functies meetelt in haar toetsing op kwaliteit, terwijl het niet om hoogcomplexere zorg gaat? Deelt u de mening dat uit de scores op de kwaliteitscriteria verondersteld kan worden dat er niet meer behandelingen nodig zijn om meer kwaliteit te kunnen bieden?

Antwoord 3

De afweging die zorgverzekeraars maken in hun inkoopbeleid is een eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, waarbij zorgverzekeraars zich moeten houden aan de zorgplicht, waaruit voortvloeit dat zorg binnen redelijke afstand en redelijke termijn aan de verzekerde geleverd dient te worden. Voor acute zorg dienen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg er voor te zorgen dat de bereikbaarheid binnen de wettelijk gestelde norm van 45 minuten in de regio geborgd blijft (inclusief verloskundige zorg). De NZa kan optreden indien de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet nakomt.

Vraag 4

Vindt u dat zowel prijs als kwaliteit in de huidige beleidsvoering door zorgverzekeraars op de juiste wijze beoordeeld worden? Bent u bereid het «prijs-kwaliteit»-criterium dat Zorgverzekeraars Nederland hanteert ter discussie te stellen, zodat er meer op kwaliteit ingekocht gaat worden?

Antwoord 4

Ik ben er een voorstander van dat de prijs een belangrijke rol speelt bij contracteren van zorg, we moeten de zorg immers voor iedereen betaalbaar houden. Maar ook de kwaliteit van de zorg moet bij de inkoop worden betrokken. Dat is een belangrijk onderdeel voor het goed werken van het stelsel.

Ik ben dan ook blij dat verzekeraars daar steeds meer aandacht aan besteden. Daarvoor is het nodig dat er meer en transparante kwaliteitsrichtlijnen en standaarden worden ontwikkeld. Het Zorginstituut Nederland kan voor het stimuleren en onderbouwen daarvan ondersteuning bieden. In het wetsvoorstel «verbod op verticale integratie» staan nieuwe eisen aan verzekeraars om transparant te zijn op basis waarvan ze inkopen. Het wetsvoorstel ligt ter behandeling in de Eerste Kamer voor.

Vraag 5

Op welke wijze zou volgens u de sluiting van de eerste hulp van het SJG in Weert bij kunnen dragen aan de verbetering van de kwaliteit van de spoedeisende zorg voor de burger?

Antwoord 5

Zie mijn antwoord op vraag 3 waar ik inga op de verantwoordelijkheidsverdeling.

Vraag 6

Herinnert u zich dat in het regeerakkoord Rutte-II is afgesproken dat de dubbele infrastructuur van Huisartsenposten (HAP) en Spoedeisende Hulp (SEH) wordt afgebouwd, hetgeen lijkt te suggereren dat er momenteel overlap is, en dat er met het sluiten van een HAP of SEH geen verslechtering van de spoedeisende zorg zal zijn? Kunt u garanderen dat geen enkele burger er op achteruit gaat, als het gaat om de kwaliteit van de spoedeisende zorg? Kunt u in uw antwoord de afstand en reistijd naar de spoedeisende zorg betrekken?

Antwoord 6

In het Regeerakkoord is afgesproken dat de huidige dubbele infrastructuur van Huisartsenposten (HAP) en Spoedeisende Hulpen (SEH's) afgebouwd wordt, door integratie van HAP en SEH. Het maakt het kiezen van de juiste zorg voor de patiënt ook gemakkelijker. Van belang is een goede triage aan de poort, om patiënten niet onnodig het ziekenhuis in te sturen. Uitgangspunt daarbij is dat de wettelijk gestelde bereikbaarheidsnorm van 45 minuten geborgd blijft waarmee de basisspoedzorg dicht bij de burger beschikbaar blijft. De IGZ ziet toe op de randvoorwaarden voor verantwoorde (spoedeisende) zorg.

Vraag 7

Heeft u een beeld van het geheel aan regioplannen dat in dit kader wordt opgesteld? Weet u al wanneer deze regioplannen openbaar zullen worden? Kunt u zich ervoor inzetten dat er geen onomkeerbare stappen worden gezet rond het mogelijk sluiten van een SEH, zolang de regioplannen niet openbaar zijn en besproken zijn met alle betrokkenen, waaronder de gemeenten Weert, Nederweert, Cranendonck en Leudal? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Ik ben niet op de hoogte van het geheel aan regioplannen. Het is ook niet aan mij om deze plannen openbaar te maken. Het gezamenlijk optrekken door verzekeraars bij inkopen van acute zorg is als gevolg van het bericht van de ACM (17-7-2014) over de herstructurering van de complexe acute zorg op dit moment niet doorgezet door de verzekeraars. Het is aan de individuele zorgverzekeraar om acute zorg te contracteren voor hun verzekerden. Het is dan ook niet aan mij om plannen openbaar te maken. Ik ga er overigens wel van uit dat over de inhoud en mogelijke gevolgen voor betrokkenen en belanghebbende partijen (zoals gemeenten) van eventuele plannen altijd gecommuniceerd zal worden in de regio.

Vraag 8

Herinnert u zich dat u in uw brief van 25 maart 2014 (Kamerstuk 29 274, nr. 188) aangeeft dat u verantwoordelijk bent voor de continuïteit van cruciale zorg en dat u de benodigde stappen zult zetten als er sprake van is dat deze in het gedrang komt? Aan wat voor mogelijke stappen denkt u dan? Heeft u naast uw strikt wettelijke rol ook nog andere middelen om uw systeemverantwoordelijkheid invulling te geven? Is de 45 minuten norm naar uw mening de enige norm die hierbij van belang is?

Antwoord 8

Ja, het is juist dat de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid draagt voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder SEH-zorg, maar de primaire verantwoordelijkheid ligt bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa ziet erop toe dat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Wanneer zorgverzekeraars niet in staat zijn om de continuïteit van cruciale zorg voor hun verzekerden te borgen is het aan de zorgverzekeraar om melding te maken van deze overmacht bij de NZa. Constateert de NZa dat deze melding van overmacht terecht is, dan is het de verantwoordelijkheid van de overheid om een tijdelijke vangnetstichting op te richten met het oog op de continuïteit van cruciale zorg. Een andere verantwoordelijkheid heeft de overheid niet. Ten aanzien van de beschikbaarheid van SEH-zorg en acute verloskunde geldt

de 45-minuten norm. Zorgverzekeraars dienen er in beginsel voor te zorgen – gelet op hun zorgplicht – dat verzekerden deze zorg binnen genoemde normtijd ontvangen. Deze 45-minutennorm zorgt ervoor dat de spreiding van deze zorg over Nederland goed is. Iedereen heeft basis spoedeisende hulp op vrij korte afstand ter beschikking. De 45-minutennorm is hierbij van essentieel belang.